****

**กำหนดการตรวจประเมิน**

1. **ห้องปฏิบัติการ** ........................................................................................................................................................
2. **ประเภทห้องปฏิบัติการ** ...........................................................................................................................................
3. **วัตถุประสงค์ของการตรวจประเมิน** .......................................................................................................................
4. **ขอบเขตการตรวจประเมิน** .....................................................................................................................................
5. **หลักเกณฑ์การตรวจประเมิน** .............................................................................................................................
6. **คณะผู้ตรวจประเมินและผู้สังเกตการณ์**
7. ................................................................................... หัวหน้าผู้ตรวจประเมิน สังกัด...............................................................
8. ................................................................................... ผู้ตรวจประเมิน สังกัด...............................................................
9. ................................................................................... ผู้ตรวจประเมิน สังกัด...............................................................
10. **ผลการตรวจประเมิน/ตรวจติดตามที่ผ่านมา**

□ ไม่มี □ มี ผลการตรวจประเมิน (โปรดระบุรายละเอียด)

......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

1. **กำหนดการตรวจประเมินและรับรองห้องปฏิบัติการในรูปแบบ peer evaluation**

ห้องปฏิบัติการ ......................................................................... ภาควิชา ................................................................

คณะ .......................................................................... มหาวิทยาลัย .......................................................................

วันที่ ........................................................................... ช่วงเวลา .............................................................................

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **เวลา** | **รายการ** | **สถานที่/พื้นที่ตรวจประเมิน** | **ผู้รับผิดชอบ** | **ผู้ตรวจประเมิน** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |